

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre LEHUÉDÉ

Né le 7 Janvier 1908, à AURAY (Morbihan)

Contribution à l'Etude
de la RÉSERVE ALCALINE
dans QUELQUES DERMATOSES

Président : Monsieur LEMIERRE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1933

28

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933
—

THÈSE

N° —
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre LEHUÉDÉ

Né le 7 Janvier 1908, à AURAY (Morbihan)

Contribution à l'Etude
de la RÉSERVE ALCALINE
dans QUELQUES DERMATOSES

Président : Monsieur LEMIERRE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1933

Doyen

BALTHAZARD.

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE.
N...
BINET.
STROHL.
DESGREZ.
DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
CLERC.
MARION.
ROUSSY.
CHAMPY
TIFFENEAU.
LOEPER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-

LAVASTINE

Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie et thérapeutique et climatologie

FIESSINGER.

Maur. VILLARET.

Clinique médicale

CARNOT.

BEZANÇON.

ACHARD.

Marcel LABBE.

Hygiène et clinique de la première enfance

LEREBOULLET.

Clinique des maladies des enfants

NOBECOURT.

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..

H. CLAUDE.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

GOUGEROT.

Clinique des maladies du système nerveux

GUILLAIN.

Clinique des maladies infectieuses

LEMIERRE.

Clinique chirurgicale

LENORMANT.

Clinique ophtalmologique

CUNEO.

Clinique urologique

GREGOIRE.

GOSSET.

Clinique d'accouchements

TERRIEN.

LEGUEU.

Clinique gynécologique

COUVELAIRE.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

BRINDEAU.

Clinique thérapeutique médicale

JEANNIN.

Clinique oto-rhino-laryngologique

J.-L. FAURE.

Clinique thérapeutique chirurgicale

OMBREDANNE.

Clinique propédeutique

RATHERY.

Clinique de la Tuberculose

LEMAITRE.

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

Pierre DUVAL.

SERGENT.

Professeur sans chaire

Léon BERNARD.

MATHIEU.

HOVELACQUE.

MAUCLAIRE.

MULON.

VERNE.

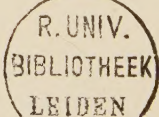
II. — Agrégés en exercice

M^{me}.

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychi-
atrie.
AUBERTIN .. Pathologie médicale.
BENARD Henri Pathologie médicale.
BROcq Pathologie chirurgicale.
BRULE Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT Pathologie chirurgicale.

CATHALA Pathologie médicale.
CHABROU Pathologie médicale.
CHAILLEY-
BERT. Physiologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.



MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL ..	Bactériologie.
GATELLIER ..	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART	
d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri	Hygiène.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.

MM.	
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING ...	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET, Fils..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphi- lographie.
TROISIER	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale (Pasteur) .
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER ...	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ..	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
METZGER	—
GUENIOT.....	—

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547119_0010

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance et
d'affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

Avant-Propos

Nous ne voudrions pas publier ce travail sans adresser l'hommage de notre reconnaissance à nos Maîtres de l'Ecole de Médecine et des Hôpitaux de Rennes, qui nous ont, au cours de nos années d'étude, donné tant de marques de leur sollicitude. Nous leur devons d'avoir connu très tôt l'attrait de la clinique et les joies pures de la recherche scientifique.

Interne du Professeur CHEVREL en 1930-1931, nous ne saurions oublier avec quelle patience et quelle générosité il nous fit profiter des ressources de sa grande expérience.

C'est durant cette trop courte année que Mme le Docteur M. L. CHEVREL, qui continuait l'œuvre de son père, le regretté Professeur BODIN, dans le service de vénéréo-dermatologie de l'Hôtel-Dieu, nous inspira ce travail. C'est avec ses directives que nous avons travaillé dans son service à l'Hôpital et dans son laboratoire personnel; et c'est grâce à ses conseils éclairés que nous avons pu terminer notre tâche.

Que Madame le Docteur CHEVREL veuille bien trouver ici l'hommage de notre entière gratitude.

M. le Professeur LEMIERRE a bien voulu accepter de présider la soutenance de notre thèse. Nous tenons à le remercier du grand honneur qu'il nous a fait et de la confiance qu'il nous a témoignée. Nous le prions d'agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Contribution à l'étude de la Réserve Alcaline dans quelques Dermatoses

Introduction

Dans la médecine moderne le laboratoire est devenu un précieux auxiliaire de la clinique. La dermatologie est peut-être l'une des branches de la pathologie où les recherches ont été les plus poussées et actuellement on ne conteste plus l'immense intérêt que présente la détermination des modifications humorales dans les dermatoses.

Successivement, la découverte de l'anaphylaxie, les recherches de WIDAL et de ses élèves sur la diathèse colloïdoclasique, les notions de sensibilisation, d'hyperglycémie, d'hypercholestérinémie, de troubles endocriniens..., ont jeté un jour nouveau sur l'origine des lésions cutanées et ont permis d'appliquer une thérapeutique appropriée.

Depuis quelques années, sous l'influence de M. SPILLMANN et de ses élèves, en France, on recherche chez les sujets atteints de maladies cutanées, les variations de l'équilibre acido-basique du sang, pour, si possible, les corriger.

C'est dans ce sens que nous avons agi, dans le ser-

vice de dermatologie de Mme le Docteur M.-L. CHEVREL, à l'Hôtel-Dieu de Rennes, et le but de notre modeste travail est d'exposer 62 observations de dermatoses diverses, suivies cliniquement, et dont nous avons mesuré la réserve alcaline à différentes époques de leur évolution.

Historique

L'étude de l'équilibre acide-base du sang, appliquée à la dermatologie, est de date relativement récente.

1925-1926.

Les premiers résultats sont publiés en décembre 1925 et mai 1926 par MM. DROUET et VERAÏN. (Réunions dermatologiques de Nancy).

Leurs recherches portent exclusivement sur l'eczéma pour lequel ils trouvent presque toujours de l'acidose. Malgré de rares cas en alcalose, ils en tirent des conclusions thérapeutiques un peu hâtives.

1927.

Un an plus tard, on note la publication des recherches de PREININGER sur le pH du sang dans 100 cas de dermatoses différentes. (*Dermatologie Wochens.*, déc. 1927.)

Eczéma.... 73 fois en acidose, 8 fois en alcalose.

Psoriasis.. 9 fois en acidose, 16 fois en alcalose.

Acidose et alcalose sont donc pour lui des facteurs importants dans l'eczéma et le psoriasis, en considérant 7,61 comme pH normal.

A la même époque, CERCHIAI relate ses résultats sur la réserve alcaline dans quelques lésions cutanées. (*Giorn. Ital. di Derm. e Sifilol.*, déc. 1927.) Il lui semble plus pratique et plus juste de mesurer la ré-

serve alcaline qui permet de dépister les plus légers troubles d'hyper ou d'hypoacidité du sang.

Il considère la réserve alcaline normale entre 77 et 53 cc. de CO_2 pour 100 cc. de plasma sanguin. Il y aurait acidose légère de 55 à 40 cc. ; moyenne, de 30 à 40 cc. ; forte au-dessous de 30 cc.

Ses résultats montrent une légère acidose dans l'eczéma et le psoriasis. En outre, il constate que l'équilibre acide-base tend vers la normale quand la dermatose s'améliore ; l'inverse n'est jamais constaté.

1928.

Comme CERCHIALI, BERTACCINI trouve plus pratique de mesurer la réserve alcaline (*Giorn. Ital. di Derm. e Sifilol.*, février 1928).

Ses recherches montrent une acidose légère dans 22 cas d'eczéma ; dans le psoriasis, il note une acidose moins nette. En outre il constate que la réserve alcaline est plus abaissée chez les jeunes malades que chez les vieux.

1929.

En cette année, les travaux sur l'équilibre acide-base dans les lésions cutanées vont être plus nombreux et variés que précédemment.

VALDONI publie (*Il Polichinico.*, janv. 1929) le résultat de ses recherches sur les modifications de l'équilibre acido-basique dans les brûlures graves.

MM. SPILLMANN, DROUET et VERAÏN relatent vingt observations d'eczéma en alcalose (Réunion dermatologique de Nancy, avril 1929). Pour eux, les variations peuvent se faire aussi bien dans les deux sens : en alcalose ou en acidose. Dans les premiers cas, la thérapeutique acidifiante a une influence remarquable.

Pour MEINER, les études de l'équilibre acide-base pratiquées sur le sang ne peuvent suffire dans les dermatoses. Après SCHADE et MARCHIONI, il entreprend des recherches du pH de la peau.

Ses premiers résultats, qu'il publie en avril 1929 (*Il Dermosifiligrapho*) ont lieu pour des extraits de peau et le liquide de vésicatoire. Il note que la peau normale est plus acide que le sang et que l'équilibre acide base de la peau varie selon les régions.

En octobre, GRAF publie (*Archiv. für Derm. und Syph.*) ses observations sur le pH dans l'eczéma et le psoriasis.

CROSTI porte ses recherches sur le pH du sang et des exsudats cutanés dans les dermatoses variées (*Giorn. Ital. di Derm. e Sifilol.*, oct. 1929).

Dans ce même numéro, GHISLANZONI étudie la réserve alcaline dans les dermatoses infantiles.

COMEL (*Giorn. Ital. di Derm. e Sifilol.*, août 1929) montre l'intérêt de l'étude du pH dans les altérations de la peau (phlyctène, vésicules, bulles, exsudats) et donne des résultats : acidité des couches cutanées superficielles et au contraire alcalinité des couches profondes et du sang ; variation du pH de la peau selon les régions, selon les influences physiologiques et pathologiques ; action possible du pH sur les fonctions cutanées.

En décembre, MM. SPILLMANN, DROUET et VERAÏN montrent (*Annales de Derma. et Syph.*, déc. 1929) par cinquante-sept observations que dans chaque dermatose il y a des variétés humorales très diverses et que les cas d'acidose et d'alcalose sont en nombre sensiblement égal. Leur conclusion thérapeutique est

qu'il faut viser à corriger le déséquilibre acido-basique du sang. Ils ont ainsi obtenu de très bons résultats.

En février (*Il Dermosifilografo*), MEINERI, poursuivant ses recherches sur le pH de la peau, publie de nouveaux résultats. On note surtout l'action des extraits de peau sur l'œil de la grenouille qui montre bien les caractères opposés qui existent entre psoriasis et eczéma.

De même que CERCHIAI et BERTACCINI, PISACAM estime seule pratique la mesure de la réserve alcaline (*Archivio Ital. di Derm. Sifilol. et Venereol.*, sept. 1930). Il constate dans cinquante observations une diminution de la réserve alcaline, quelquefois nette, le plus souvent légère ; jamais il n'a vu d'augmentation.

Pour lui, dermatose et acidose seraient deux effets d'une même cause et non sous la dépendance l'une de l'autre.

En 1931, on note les travaux de deux auteurs :

FOERSTER (*Med. Welt* 5, 25 avril 1931) et MARRAS (*Giorn. Ital. di Dermat. et Sif.*, août 1931).

En 1932, BRONZINI publie ses résultats sur l'influence de l'auto-hémothérapie sur la réserve alcaline du sang (*Rinasc Med.*, 9 March. 15 1932). Et MM. SPILLMANN, WEIS et VERAÏN font paraître « le pH en dermatologie » où ils exposent le résultat général de leurs recherches et donnent des conclusions thérapeutiques.

Technique

L'étude des troubles acido-basiques a pris une place de plus en plus grande depuis que l'on pratique l'analyse des propriétés physico-chimiques du sang. Toute variation de la réaction sanguine entraîne des troubles importants que de nombreuses études nous ont appris à connaître. Nul n'ignore actuellement l'importance des troubles de l'acidité humorale au cours du diabète, de l'insuffisance rénale, de l'insuffisance hépatique ; l'importance de l'acidose chirurgicale (acidose de shock, acidose post-opératoire).

Les récentes et belles études de M. SPILLMANN nous ont appris l'importance des troubles de l'équilibre acido-basique au cours des dermatoses.

Pour étudier l'équilibre acido-basique on peut s'adresser soit à l'étude du pH du sang, comme l'ont fait le professeur SPILLMANN et VERAÏN, soit à l'étude de la réserve alcaline.

A l'état normal le sang est faiblement alcalin. Son pH représente une valeur constante (7,35) d'une remarquable stabilité.

Cependant le sang reçoit à tout instant les substances acides ou alcalines provenant des sources intra-organiques, qui tendent à modifier cette valeur en plus ou en moins.

La régulation est assurée en premier lieu par les substances tampons et par la réserve alcaline.

Lorsque ce mécanisme régulateur entre en jeu, le pH du sang varie peu. C'est ainsi que tout acide fixe pénétrant dans le sang circulant est saturé par les substances tampons et les sels neutres qui en résultent sont éliminés par le rein. Mais, si les substances tampons ne sont pas susceptibles de saturer les acides, la réserve alcaline entre en jeu et maintient pendant un certain temps le pH du sang à un taux normal. Cette réserve s'abaisse donc, et cet abaissement, que l'on peut mesurer et traduire par les chiffres, est perceptible avant que le pH du sang ne présente de modification.

L'étude et le dosage de la réserve alcaline peuvent donc fournir des renseignements peut-être plus intéressants en pratique que l'étude des variations du pH. En effet lorsque le pH baisse, l'acidose est constituée, et il est déjà tard pour instituer une thérapeutique convenable et efficace.

Rappelons tout d'abord ce qu'est la réserve alcaline et comment on peut la doser. La réserve alcaline est constituée en grande partie par les bicarbonates du sang. Le sang renferme, en effet, des sels minéraux, et des matières protéiques.

Parmi les sels minéraux on rencontre deux systèmes importants :

De l'acide carbonique en présence de bicarbonates,

Des phosphates acides et des phosphates alcalins.

En ce qui concerne les matières protéiques :

Des protéines en présence de protéinates.

Parmi ces substances, l'élément primordial est fourni par les bicarbonates. L'acide carbonique, produit ultime du métabolisme protoplasmique, rencontre dans le sang des carbonates. Il se produit entre ces

substances une réaction d'équilibre aboutissant à la production de bicarbonates.

Voyons maintenant quels sont les procédés de dosage de la réserve alcaline. Plusieurs techniques ont été proposées :

1° La technique de Van Slyke qui consiste à extraire l'acide carbonique total du sang veineux. Cette extraction se fait dans le vide par acidification sous un volume constant. La pression du gaz se lit au niveau d'un tube manométrique.

2° Le procédé de Guillaumin : c'est à ce dernier que nous avons eu recours. Cette méthode peut être résumée ainsi : Après avoir déterminé le pH du plasma, on en acidifie un volume exactement mesuré avec une quantité donnée d'acide sulfurique. Après extraction de l'acide carbonique on ajoute un colorant indicateur, puis de la soude titrée jusqu'à obtention d'une teinte identique à la teinte obtenue dans la mesure du pH du sang.

La prise de sang nécessite des précautions rigoureuses : elle doit être faite à la seringue, le malade à jeun, par ponction veineuse, sans aucune compression, l'emploi du garrot étant limité à l'instant de la piqure proprement dit. Le sang aspiré dans ces conditions est ensuite introduit sous huile de vaseline neutre dans un tube à centrifuger qui contient de l'oxalate de sodium ou de potassium. Après centrifugation, le dosage est fait ainsi que nous venons de l'indiquer. La réserve alcaline, à l'état normal, chez l'adulte au repos, varie entre 53 et 57 volumes de CO_2 pour 100 cc. de plasma sanguin.

Chez l'homme à jeun elle est de 60 à 65 vol.

Plus basse chez les enfants, elle se maintient entre 46 et 50 vol.

Le dosage de la réserve alcaline indique si le déséquilibre humoral se fait vers l'acidose (réserve alcaline inférieure à la normale) ou vers l'alcalose (réserve alcaline supérieure à la normale).

Il y a acidose légère sans symptômes apparents, pour les valeurs de 53 à 45 volumes. Acidose avec symptômes apparents pour les valeurs de 45 à 31 volumes p. 100. Acidose grave au-dessous de 31 p. 100. Le taux le plus bas que nous ayons observé est 35 v. 14 au cours d'un eczéma érysipélateoïde chez un malade présentant un mauvais état général. La plupart du temps, les acidoses que nous avons pu constater se sont toujours maintenues dans la zone des acidoses légères, la réserve alcaline se tenant entre les chiffres de 53 à 45 volumes.

Pour les alcaloses, observées en nombre beaucoup plus restreint, le chiffre le plus élevé que nous ayons observé est : 72 vol. 40.

Observations

OBS. 1. — Mme Rich..., 50 ans. 10 mai.

Vient à la consultation pour un eczéma érysipélateoïde. Le début date de deux jours ; il a été marqué par un frisson assez violent. La température est montée à 38°9. En même temps une rougeur intense, accompagnée d'une tuméfaction œdémateuse, se manifestait au niveau de la face.

La malade est alitée. Puis une légère amélioration étant survenue, la température étant tombée, elle s'est décidée à venir à l'Hôtel-Dieu.

On constate alors un visage très œdématié (les paupières sont closes et ne peuvent se soulever), rouge, parsemé de petites vésicules de la taille d'une lentille.

Cette poussée eczématisque n'est pas la première. Depuis deux ans, la malade a déjà eu des poussées semblables, quelques-unes assez rapprochées, d'autres espacées de un à deux mois.

Agée de 50 ans, elle serait très bien portante si cette dermatose récidivante ne venait l'arrêter et l'obliger à s'aliter quelques jours tous les deux ou trois mois.

Examen des urines :

Sucre	0
Albumine	0
Urobiline	traces

Réserve alcaline : 35 vol. 84.

Prescription : crème simple, bouillon de légumes et 3 gr. de bicarbonate de sodium par jour.

20 mai. — La malade revient très améliorée.

L'œdème a à peu près totalement disparu, les paupières

sont libérées, il persiste une légère rougeur, avec des vésicules qui tendent à s'aplatir.

Réserve alcaline : 47 vol. 04.

Prescription : La malade est mise à un régime végétarien, avec cependant viandes grillées à midi.

Solution de Bourget.

30 mai. — La malade revient complètement guérie.

Réserve alcaline : 60 vol. 48.

En fin juin, il se produit une légère poussée, très fugace, avec rougeur de la face et vésicules assez grosses, suintantes. Quelque temps avant cette nouvelle poussée, la malade avait supprimé son régime.

Réserve alcaline : 56 vol. 24.

Prescription : crème simple, reprise du régime et solution de Bourget.

24 juillet. — Guérison totale.

Réserve alcaline : 60 vol. 48.

Cette malade a depuis été surveillée assez régulièrement, elle est revenue à la consultation afin que l'on fasse des dosages répétés. Sa réserve alcaline s'est maintenue aux environs de la normale, oscillant entre 50 et 60 volumes. Depuis cinq mois, elle n'a eu aucune nouvelle poussée. Faisons remarquer tout de suite que c'est la première fois depuis deux ans qu'un temps aussi long se passe sans réapparition de la dermatose.

OBS. 2. — Mlle Hara..., 55 ans.

Eczéma généralisé.

Eczéma ayant débuté, il y a plusieurs semaines, par quelques placards au niveau des avant-bras ; la dermatose s'est étendue progressivement et très rapidement, a gagné à peu près toute l'étendue des téguments qui, au moment de l'entrée de la malade, sont rouges et suintants. Le prurit est intense.

L'état général est mauvais. Inappétence, insomnie. Pas d'albumine dans les urines.

Le 7 mai. — Réserve alcaline : 37 vol. 04.

pH : 7,15.

Prescription : bicarbonate de soude, 5 gr. par jour.

15 mai. — Amélioration certaine. La rougeur s'est atténuée, le suintement a diminué, presque disparu.

L'état général est meilleur.

Réserve alcaline : 45 volumes.

Le traitement alcalin est maintenu.

25 mai. — L'amélioration s'accroît. La malade sort de l'Hôtel-Dieu.

Réserve alcaline : 51 vol. 52.

La malade n'a plus été revue depuis.

OBS. 3. — Mlle Foug..., 44 ans.

Eczéma des jambes. Le début de l'affection date de plusieurs mois.

Les téguments sont rouge foncé, suintent abondamment.

Le prurit est intense.

13 mai. — Réserve alcaline : 45 vol. 76.

Prescription : Solution de Bourget, 4 cuillerées à soupe par 24 heures.

Régime végétarien.

29 mai. — Amélioration nette : La rougeur commence à pâlir et surtout le prurit a diminué beaucoup.

Réserve alcaline : 51 vol. 70.

La malade n'a pas été revue depuis.

OBS. 4. — M. Fauv..., 43 ans.

Placards eczématisés des deux bras, suintant et prurigineux.

26 mai. — Réserve alcaline : 44 vol. 8.

Prescription : bicarbonate de soude, en solution de Bourget.

Régime végétarien.

30 mai. — Amélioration très grande. Disparition du suintement. Diminution du prurit.

Réserve alcaline : 49 vol. 08.

Continuation du traitement alcalin.

15 juin. — Guérison complète.

Réserve alcaline : 52 vol. 48.

Le malade a été revu depuis plusieurs fois. Il n'a jamais présenté de nouvelles lésions

OBS. 5. — Mlle Dema...

Eczéma érysipélateoïde de la face, ayant débuté brusquement par un frisson.

Visage rouge, écarlate et œdématié.

La malade a déjà eu plusieurs poussées semblables, cette dernière survient seulement un mois après la précédente.

23 mai. — Réserve alcaline : 47 vol. 24.

Prescription locale : crème simple.

Prescription générale : bicarbonate de sodium en solution de Bourget. Régime végétarien.

10 juin. — Guérison complète.

Réserve alcaline : 55 vol. 48.

10 juillet. — La guérison se maintient. Il n'y a pas de nouvelles poussées.

Réserve alcaline : 54 vol.

10 septembre. — La malade revient. Il n'y a eu depuis trois mois aucune rechute.

Réserve alcaline : 51 volumes.

OBS. 6. — Mme Bouro...

Eczéma érysipélateoïde de la face.

La malade a déjà eu plusieurs poussées semblables. Les rechutes sont assez espacées les unes des autres (4 à 5 mois au moins).

Le 20 mai. — Réserve alcaline : 48 vol. 24.

Prescription locale : crème simple.

Prescription générale : bicarbonate de sodium en solution de Bourget. Régime végétarien.

Le 29 mai. — Guérison.

Réserve alcaline : 52 vol.

La malade n'a pas été revue depuis.

OBS. 7. — Mme Vaill...

Eczéma des ongles.

Eczéma des ongles de l'index et du médius droits, s'est établi d'emblée, sans lésion préexistante.

Forme suintante, périonyxique, décollement des ongles dont l'un est prêt à tomber.

Rougeur et suintement assez intenses, très marqués au niveau de la matrice onguéale.

27 mai. — Réserve alcaline : 45 vol. 28.

Prescription locale : pommade au goudron.

Prescription générale : bicarbonate de sodium, 4 gr. par jour.

6 juin. — Etat stationnaire.

Réserve alcaline : 48 volumes.

20 juin. — Légère amélioration. Le suintement a diminué et la rougeur a pâli.

Réserve alcaline : 51 vol. 76.

29 juin. — L'amélioration s'accroît.

Réserve alcaline : 55 vol. 30.

La malade n'a pas été revue.

OBS. 8. — M. Jam..., 40 ans.

Eczéma des mains.

Placards eczématisés secs, squameux, de la face dorsale des deux mains.

26 mai. — Réserve alcaline : 49 vol. 24.

Prescription : bicarbonate de sodium (solution de Bourget).
10 juin. — Amélioration manifeste.
Réserve alcaline : 53 volumes.

OBS. 9. — Mme Rich..., 36 ans.

Eczéma de la muqueuse vulvaire et vaginale. Muqueuse rouge, tuméfiée, au niveau de laquelle on remarque de petites vésicules. Prurit très intense.

8 juin. — Réserve alcaline : 44 vol. 8.

Prescription locale : crème simple.

Prescription générale : bicarbonate de sodium (solution de Bourget). Régime végétarien.

20 juin. — Grande amélioration. Le prurit a totalement disparu.

La rougeur a pâli. La tuméfaction a disparu.

Réserve alcaline : 47 vol. 04.

30 juin. — Guérison complète.

Réserve alcaline : 52 volumes.

OBS. 10. — Enfant Chan..., 12 ans. 18 avril 1932.

Présente depuis plusieurs années des placards d'eczéma récidivant au niveau des deux bras et des deux cuisses, dermatose très prurigineuse et suintante.

L'examen de l'enfant révèle un foie assez gros, légèrement douloureux, de la constipation et de l'inappétence.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine, mais une quantité appréciable d'urobiline.

Réserve alcaline : 33 vol. 08.

Prescription : Régime végétarien et solution de Bourget.

20 mai. — L'enfant présente une amélioration très grande. Il ne persiste à ce moment qu'un placard eczématisé sur la cuisse gauche. Le prurit a disparu.

La réserve alcaline est à 40 vol. 8.

29 juin. — Le malade revient à la consultation complètement guéri. L'appétit est actuellement normal.

Réserve alcaline : 46 vol.

20 septembre. — L'enfant n'a pas refait de poussées eczématisques depuis 3 mois.

Réserve alcaline : 44 vol.

Cet enfant a été suivi depuis cette date. Sa réserve alcaline s'est maintenue aux environs de 45 volumes. Aucune poussée eczématisque ne s'est manifestée. Le seul traitement employé est une cure de solution de Bourget pendant trois semaines environ tous les deux mois.

OBS. 11. — Mme Moun... Laurence, 38 ans. 28 avril 1932.

Eczéma vésiculeux des deux avant-bras, très prurigineux. L'immersion des parties malades dans l'eau de lessive — la malade est laveuse — détermine des poussées violentes.

Prescription : pâte au coaltar.

5 mai. — La malade revient à la consultation, améliorée.

10 mai. — Ayant repris son métier de laveuse, la malade revient avec une violente poussée très suintante et très prurigineuse.

Réserve alcaline : 47 volumes.

Prescription : Régime végétarien, avec un peu de viande au repas de midi.

Bicarbonate de soude, 2 gr. par jour.

18 mai. — Amélioration notable. Disparition du prurit. Atténuation du suintement.

Réserve alcaline : 50 vol. 48.

OBS. 12. — Mlle Rob..., 26 ans. 3 mai 1932.

Eczéma suintant des mains et avant-bras, datant de quatre ans, avec poussées successives espacées de un à deux mois.

Réserve alcaline : 44 vol. 02.

Prescription : Régime végétarien. Potion contenant bicar-

bonate et citrate de sodium. Doses quotidiennes : 2 gr. de bicarbonate et 1 gr. de citrate de sodium.

13 mai. — Amélioration rapide. Les lésions se cicatrisent. Le prurit diminue.

Réserve alcaline : 48 vol. 50.

29 mai. — Les lésions eczématisques sont cicatrisées.

Réserve alcaline : 49 volumes.

La malade n'a pas été revue depuis.

OBS. 13. — M. X..., 35 ans. 18 mai 1932. — Eczéma très prurigineux des bourses, s'étendant à la face interne des cuisses.

Réserve alcaline : 50 vol. 96.

Prescription : bicarbonate de sodium à la dose de 5 gr. par jour, régime végétarien.

28 mai. — Amélioration sensible. Diminution de la rougeur et du suintement. Disparition presque totale du prurit.

Réserve alcaline : 54 volumes.

Malade non revu depuis.

OBS. 14. — M. Lemar..., 31 ans. 25 mai 1932. — Eczéma des deux bras s'étendant à la poitrine, à l'abdomen. Rougeur très vive et suintement assez marqué. Prurit intense.

Réserve alcaline : 50 vol. 76.

Prescription : bicarbonate de sodium, 5 gr. par jour. Régime végétarien.

3 juin. — Les lésions se sont atténuées, surtout au niveau de la poitrine et de l'abdomen. Le prurit a beaucoup diminué.

Réserve alcaline : 53 vol. 76.

20 juin. — Le prurit a disparu. Les lésions se sont sensiblement améliorées.

Réserve alcaline : 54 vol.

OBS. 15. — Mme Del..., 48 ans. 26 mai 1932.

Placards eczématisques de la jambe droite. Eczéma sec très prurigineux.

Réserve alcaline : 50 vol. 48.

Prescription : solution de Bourget à la dose de 30 gr., midi et soir, avant le repas.

10 juin. — Très légère amélioration de la lésion. Disparition du prurit.

Réserve alcaline : 54 vol. 02.

La malade n'a pas été revue.

OBS. 16. — M. Pri..., 24 ans. 18 mai 1931.

Eczéma suintant des deux jambes. Prurit très intense survenant par poussées.

Réserve alcaline : 47 vol. 04.

Prescription : bicarbonate de sodium, 5 gr. par jour. Régime végétarien.

27 mai. — Amélioration très nette des lésions. La rougeur s'est atténuée et le prurit a disparu.

Réserve alcaline : 53 volumes.

OBS. 17. — M. Bau..., 48 ans. 13 mai 1931.

Eczéma séborrhéique sec de la face et du cuir chevelu.

Réserve alcaline : 44 vol. 8.

Prescription : solution de Bourget à la dose de 30 gr. midi et soir avant le repas (cette solution renferme le double de la dose normale de bicarbonate de soude).

20 mai. — Grande amélioration. Disparition du prurit.

Réserve alcaline : 50 vol. 48.

10 juin. — Guérison.

Réserve alcaline : 53 volumes.

OBS. 18. — Mme Rouss..., 60 ans. 11 mai 1932. — Eczéma suintant des deux bras, datant de trois mois.

Réserve alcaline : 54 vol. 96.

Prescription : pâte à l'Ichtyol.

21 mai. — La malade est revue légèrement améliorée. Le prurit a persisté.

Réserve alcaline : 55 vol.

Le traitement local est continué.

OBS. 19. — Mme Leturm... 18 mai 1931.

Placards eczématisques de la jambe droite. Prurit assez intense. Le début remonte à 4 mois.

Réserve alcaline : 54 vol. 48.

La réserve alcaline étant normale, un traitement local par application de pâte coaltarée a seul été mis en œuvre.

OBS. 20. — Mme Trom..., 41 ans. 3 mai 1932.

Eczéma suintant des deux bras, datant de 4 mois. Les deux bras sont recouverts de placards d'eczéma à bords irréguliers mal limités, à surface rouge, humide, suintante.

Le prurit est intense.

L'état général est satisfaisant, mais la malade manque d'appétit et souffre d'insomnies.

L'examen général ne révèle rien d'anormal.

Examen des urines : sucre, 0 ; albumine, 0.

Réserve alcaline : 66 vol. 16.

pH : 7,55.

Traitement : Potion de Joulie, 2 cuillerées à café par jour.
Pas de traitement local.

Le 17 mai. — La malade revient très améliorée. Les lésions eczématisques sont à peu près guéries.

Le prurit a disparu.

L'appétit est revenu, alors que les insomnies ont cessé.

Réserve alcaline : 54 vol.

OBS. 21. — Gah...

Placards eczématisques des deux jambes. Prurit intense. Malade présentant une asthénie marquée, insomnies, crises d'anxiété.

Prescription locale : pâte au coaltar.

20 janvier. — Légère amélioration, mais les démangeaisons persistent. Le malade se gratte et détermine ainsi une augmentation de l'inflammation cutanée.

Réserve alcaline : 63 vol. 02.

Prescription : Solution de Joulie (3 gr. PO_4H^3 par jour).

30 janvier. — Amélioration manifeste. Le prurit est atténué beaucoup. Le suintement a diminué. La rougeur est moins intense.

Réserve alcaline : 60 volumes.

10 février. — Guérison. Le malade sort de l'hôpital. Etat général très amélioré.

Réserve alcaline : 58 volumes.

OBS. 22. — Villepou..., 39 ans.

Eczéma trichophytoïde siégeant au niveau du bras droit. Lésion ovale parfaitement limitée par des bords enflammés et vésiculeux. La lésion est couverte de vésicules, de croûtelles et de squames.

Le prurit est assez intense.

26 janvier. — Réserve alcaline : 71 vol. 19.

Prescription : Phosoforme (100 gouttes, 2 fois par jour).

19 février. — Amélioration marquée.

Le prurit a diminué beaucoup, les vésicules sont sèches et la rougeur s'atténue.

Réserve alcaline : 67 vol. 44.

Prescription : continuation du Phosoforme.

10 mars. — Guérison à peu près complète.

Réserve alcaline : 59 volumes.

OBS. 23. — M. Ann..., 52 ans.

Eczéma papulo-vésiculeux du bras droit.

Placard eczématisé évoluant par poussées successives entre lesquelles les téguments épaissis restent seulement un peu rouges.

Le prurit est intense. Le malade a des crises de démangeaison très pénibles.

Le 22 février. — Réserve alcaline : 70 volumes.

Prescription : Solution de Joulie (3 gr. PO_4H^3 par jour).

Le 10 mars. — Amélioration de la lésion. La rougeur s'est atténuée, les vésicules sont sèches, mais surtout le prurit a beaucoup diminué, et les crises de démangeaison qui empêchaient le malade de dormir ont disparu.

Réserve alcaline : 65 vol.

Le 30 mars. — Guérison. La peau est seulement épaissie et très légèrement squameuse.

Le prurit a disparu.

Réserve alcaline : 60 volumes.

OBS. 24. — M. X... 1^{er} mars 1932. — Présente sur les deux bras des placards eczématisques rouges, suintant et très prurigineux.

Réserve alcaline : 71 vol.

Prescription : Limonade phosphorique avec 3 gr. d'acide par jour.

10 mars. — Le malade est revu légèrement amélioré. La dermatose est un peu moins rouge et moins suintante. Le prurit a persisté.

Réserve alcaline : 67 vol.

25 mars. — Le malade revient, présentant une amélioration légère. La dermatose, moins suintante, reste prurigineuse.

Réserve alcaline : 65 vol.

On prescrit alors du Phosoforme.

5 avril. — Amélioration sensible. Le suintement s'est à peu près tari, et le prurit semble diminué.

Réserve alcaline : 59 vol.

Le malade n'a pas été revu.

OBS. 25. — M. Rich... 28 mai 1932. — Eczéma trichophytoïde de la main droite, très prurigineux. Bon état général.

Réserve alcaline : 60 vol. 06.

Prescription : Phosoforme, V gouttes midi et soir.

30 juin. — Les lésions sont guéries.

Réserve alcaline : 56 vol. 4.

OBS. 26. — Mlle Four..., 60 ans.

Ecthyma variqueux datant de plusieurs années, avec dermite variqueuse eczématisée chez une anxieuse.

Prescription : pâte à l'Ichtyol.

Le 29 avril. — Aucune amélioration.

On change la pâte à l'Ichtyol et on prescrit alors une pâte coaltarée.

Le 2 mai. — Guérison.

Le 10 mai. — La malade revient, présentant un eczéma trichophytoïde du dos de la main droite. Le centre de la lésion est sec, légèrement squameux, les bords nettement limités sont saillants, squameux et très prurigineux. La pâte coaltarée prescrite n'a amené aucune amélioration. Le prurit est intense.

Le 19 mai. — Réserve alcaline : 72 volumes.

Prescription : solution de Joulie (3 gr. de PO_4H^3 par jour).

Le 8 juin. — Amélioration de la lésion. La rougeur pâlit, l'infiltration des téguments diminue.

Le prurit s'atténue.

Réserve alcaline : 60 vol. 48.

Le 16 juin. — Guérison totale. La peau est légèrement épaissie. Le prurit a disparu.

Réserve alcaline : 56 vol.

Le 21 juin. — La malade revient, car le prurit a réapparu et les bords de l'ancienne lésion qui s'étaient aplatis et avaient disparu, se sont de nouveau surélevés, présentant des vésicules.

Réserve alcaline : 64 volumes.

Prescription : Solution de Joulie (3 gr. PO_4H^3 par jour).

Le 11 juillet. — Légère amélioration. La lésion est à peu près stationnaire, mais le prurit a diminué beaucoup.

Réserve alcaline : 59 vol. 28.

Le 29 juillet. — Le prurit a disparu complètement.

La lésion s'est atténuée ; la peau est épaissie et infiltrée, mais les bords de la lésion se sont aplatis.

Réserve alcaline : 54 vol. 8.

Le 10 octobre. — La malade qui n'avait pas été revue, revient encore. Le prurit a fait sa réapparition et les bords de la lésion se sont surélevés, sont devenus squameux.

Réserve alcaline : 64 volumes.

Prescription : Solution de Joulie.

Le 12 novembre. — Le prurit a disparu et la lésion s'améliore lentement.

Réserve alcaline : 57 volumes.

Le 2 décembre. — La lésion est complètement guérie.

Réserve alcaline : 53 vol. 9.

OBS. 27. — Ray..., 50 ans. 20 mars 1931. — Ulcère variqueux avec dermite eczématisée suintante, prurigineuse.

Réserve alcaline : 43 vol. 76.

Prescription : bicarbonate de sodium, 3 gr. par jour. Régime végétarien.

5 avril. — L'eczéma est très amélioré. Le suintement est tari. Le prurit a disparu. L'ulcère est stationnaire.

Réserve alcaline : 48 volumes.

15 avril. — Les lésions eczématisées sont cicatrisées.

Réserve alcaline : 51 volumes.

OBS. 28. — Mme Poul..., 50 ans. 30 avril 1932. — Ulcère variqueux des deux jambes, datant de plusieurs années, avec, sur la jambe droite, une dermite eczématisée, suintante et prurigineuse.

Réserve alcaline : 48 vol. 24.

Prescription : 3 gr. de bicarbonate de sodium par jour.

12 mai. — Amélioration nette de la poussée eczématisée. Diminution du suintement et du prurit. L'ulcère reste stationnaire.

Réserve alcaline : 52 vol. 72.

30 mai. — Les lésions eczématisées sont complètement cicatrisées. L'ulcère est stationnaire.

Réserve alcaline : 54 vol.

OBS. 29. — Mme Men... 21 avril 1932. — Présente une dermite variqueuse eczématisée de la jambe droite. Le prurit est intense.

Réserve alcaline : 44 vol. 8.

Prescription : 3 gr. de bicarbonate par jour.

12 mai. — La malade est très améliorée. Le prurit a totalement disparu. La rougeur s'est atténuée, de même que le suintement.

Réserve alcaline : 55 vol. 2.

OBS. 30. — Mme Lanz..., 54 ans. — Ulcère variqueux de la jambe droite, avec large placard de dermite variqueuse eczématisée remontant jusqu'au genou et descendant sur la face dorsale du pied.

Cette dermite suintante est extrêmement prurigineuse. Le début en remonte à plusieurs années.

28 avril. — Réserve alcaline : 43 vol. 76.

Prescription locale : pâte au coaltar à 2 %.

Régime végétarien. Bicarbonate de soude : 3 gr. par jour.

5 mai. — La malade revient très améliorée. Le prurit a à peu près disparu. La rougeur s'est atténuée et le suintement a diminué.

Réserve alcaline : 48 vol. 50.

Prescription : continuation du bicarbonate de soude sous la forme de solution de Bourget.

25 mai. — La dermite variqueuse est sensiblement guérie. Le prurit a complètement disparu.

Réserve alcaline : 51 volumes.

OBS. 31. — M. Pour... 2 mai 1932.

Ulcères variqueux des deux jambes. Sur la jambe droite, placards eczématisés très prurigineux et suintants.

Réserve alcaline : 70 vol. 92.

Prescription : Limonade phosphorique (3 gr. d'acide phosphorique par jour).

29 mai. — Dermite très améliorée. Suintement tari. Prurit disparu.

Réserve alcaline : 58 vol. 24.

9 juin. — Guérison complète.

Réserve alcaline : 54 vol.

OBS. 32. — M. Trous..., 60 ans. 21 mai 1932.

Ulcère variqueux entouré d'une zone de dermite eczématisée, suintante.

Réserve alcaline : 55 vol. 24.

La réserve alcaline étant normale, on s'est contenté de faire un traitement local par application d'une pâte coaltarée.

OBS. 33. — M. Gillot. 21 mai 1932.

Ulcère variqueux datant de plusieurs années, entouré d'une large zone eczématisée, suintante, prurigineuse.

Réserve alcaline : 54 vol. 96.

La réserve alcaline étant normale, on n'est contenté de faire un traitement par l'application d'une pâte coaltarée.

OBS. 34. — Mme Crois... 25 mai 1932.

Petit ulcère variqueux entouré d'une large zone de dermite variqueuse eczématisée, suintante et prurigineuse.

Réserve alcaline : 52 vol. 72.

La réserve alcaline étant normale, on s'est contenté de faire un traitement local consistant dans l'application d'une pâte coaltarée.

OBS. 35. — Lacr..., 54 ans. 17 janvier 1932.

Psoriasis généralisé.

Réserve alcaline : 54 vol. 70.

La réserve alcaline étant normale, ce malade est traité uniquement par l'huile de Cade.

3 février. — Poussée d'eczéma papulo-vésiculeux localisé au niveau de la marge de l'anus. Prurit très intense.

Réserve alcaline : 43 volumes.

Prescription : bicarbonate de soude, 4 gr. par jour.

1^{er} mars. — Amélioration des lésions eczématisques. Diminution du prurit. Pas de modification du psoriasis.

Réserve alcaline : 50 volumes.

14 mars. — Cicatrisation des placards eczématisques. Disparition totale du prurit. Pas de modification du psoriasis.

Réserve alcaline : 55 vol. 2.

OBS. 36. — M. Marc... 18 avril 1932.

Psoriasis localisé aux coudes et aux genoux, datant de plusieurs années.

Réserve alcaline : 47 vol. 04.

Prescription : bicarbonate de soude, 5 gr. par jour.

1^{er} mai. — Les lésions sont identiques.

Réserve alcaline : 53 vol. 4.

Prescription : continuation du bicarbonate à la dose de 2 gr. par jour.

25 mai. — Pas de modification.

Réserve alcaline : 56 volumes.

Suppression du traitement interne. Traitement externe : Procuta.

OBS. 37. — Mlle B..., 8 ans. 1^{er} juin 1931.

Psoriasis en gouttes, localisé aux membres supérieurs.

Réserve alcaline : 46 vol. 92.

Un traitement par voie interne n'a pas été prescrit, l'enfant a été traité par l'huile de Cade.

OBS. 38. — Enfant Dem..., 13 ans. 27 mai.

Psoriasis caractérisé par des taches de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50, disséminées sur le tronc et les membres. Au niveau des coudes et des genoux, larges placards squameux. Le début de la dermatose remonte à un an et demi.

Réserve alcaline : 40 vol. 8.

Prescription : régime végétarien. Solution de Bourget, 30 gr. midi et soir, avant le repas.

15 juin. — Amélioration nette des lésions.

Réserve alcaline : 45 volumes.

15 juillet. — Lésions stationnaires.

Réserve alcaline : 49 volumes.

Dans le courant de septembre, le malade est revu. Le psoriasis s'est atténué, mais quelques taches persistent encore.

Réserve alcaline : 48 volumes.

OBS. 39. — Guil..., 13 février 1931.

Psoriasis caractérisé par des taches de bougie au niveau des bras et dans le dos.

Réserve alcaline : 54 vol. 48.

La réserve alcaline étant normale, il n'a pas été prescrit de traitement par voie interne.

OBS. 40. — Derou..., 65 ans. 30 janvier 1932.

Psoriasis datant de plusieurs années. Eléments classiques localisés au genou et au coude.

Réserve alcaline : 52 vol. 4.

La réserve alcaline étant normale, il n'a pas été institué de traitement par voie interne.

OBS. 41. — Robert Col... 24 mars 1932.

Psoriasis en gouttes, disséminé sur les membres supérieurs et le tronc.

Réserve alcaline : 53 vol. 28.

Pas de traitement interne.

OBS. 42. — M. Beu..., 40 ans. 11 mai 1931.

Psoriasis en gouttes disséminé sur les membres supérieurs et sur le dos.

Réserve alcaline : 55 vol. 48.

La réserve alcaline étant normale, il n'est pas institué de traitement par voie interne. Le malade est traité par l'huile de Cade.

OBS. 43. — M. X..., étudiant en médecine, 25 ans. 12 mai.
Psoriasis en gouttes, localisé aux deux bras.

Réserve alcaline : 54 vol. 40.

La réserve alcaline étant normale, il n'est pas institué de traitement par voie interne.

OBS. 44. — Mlle Kerv..., 18 ans. 3 mai 1931.

Psoriasis récidivant. Le début remonte à un an. Les poussées se succèdent assez régulièrement tous les deux mois. Le début de la dernière poussée date de trois semaines.

Réserve alcaline : 62 vol. 48.

Prescription : Phosoforme en gouttes (2 fois 50 gouttes par jour).

25 mai. — Amélioration très nette.

Réserve alcaline : 60 vol. 40.

Continuation du phosoforme à la dose de 50 gouttes, 2 fois par jour.

1^{er} juillet. — Guérison.

Réserve alcaline : 56 volumes.

OBS. 45. — M. Hay..., 40 ans. 1^{er} février 1932. — Présente un ulcère variqueux de la jambe gauche, très étendu, dont le début remonte à plusieurs années. Le malade a subi déjà de nombreux traitements qui n'ont amené aucune amélioration.

Réserve alcaline : 50 vol. 48.

Prescription : bicarbonate de sodium, 2 gr. par jour.

25 février. — Pas d'amélioration sensible.

Réserve alcaline : 54 vol. 02.

10 mars. — L'état reste stationnaire.

Réserve alcaline : 55 volumes.

La réserve alcaline se maintient normale et la lésion sensiblement la même.

OBS. 46. — M. Loiser..., 48 ans. 4 mai 1932. — Ulcère variqueux de la jambe droite s'étendant du tiers inférieur au tiers supérieur de la jambe. A été traité par des applications d'Ambrine à la suite desquelles s'est développée une rougeur intense tout autour de l'ulcération.

Réserve alcaline : 50 volumes.

Prescription : Solution de Bourget, 30 gr. midi et soir, avant le repas.

Localement, crème simple.

20 mai. — Disparition de la rougeur. L'ulcération reste stationnaire.

Réserve alcaline : 54 volumes.

OBS. 47. — M. Ren..., 51 ans. 4 mai 1932. — Présente un large ulcère variqueux de la jambe gauche. Le début remonte à 10 ans. Cet ulcère s'est cicatrisé et a récidivé plusieurs fois depuis cette époque. En septembre dernier, nouvelle récurrence pour laquelle le malade se décide à consulter.

Réserve alcaline : 48 vol. 24.

Prescription : Solution de Bourget à la dose de 30 gr. midi et soir.

Le 20 mai, l'état est stationnaire.

Réserve alcaline : 52 vol.

Suppression de la solution de Bourget.

Le 31 mai. — Réserve alcaline : 53 volumes.

Lésions stationnaires.

OBS. 48. — Mme Lefe..., 49 ans. 6 mai.

Dermatite polymorphe douloureuse de Brocq.

Eruption papulo-vésiculeuse occupant la presque totalité des membres supérieurs et inférieurs.

La face est indemne, les muqueuses sont épargnées.

Prurit intense, sensation de brûlure très pénible empêchant la malade de dormir.

Inappétence absolue.

L'éruption dont le début remonte à trois semaines, a été précédée par un malaise accentué, courbature, céphalée, température.

L'examen général ne révèle rien d'anormal.

Examen des urines : sucre, 0 ; albumine, 0.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	68 %
Polynucléaires éosinophiles	9 —
Grands mononucléaires	4 —
Moyens mononucléaires	16 —
Lymphocytes	3 —

Réserve alcaline : 47 vol. 28.

Prescription locale : liniment oléocalcaire.

Prescription générale : bicarbonate de soude, 5 gr. par jour.
Gardénal, 0,05 le soir.

11 mai. — Amélioration manifeste.

Depuis 10 jours, il ne s'est plus produit de poussée. Aucun élément nouveau n'est apparu ; les vésicules anciennes se cicatrisent. Les sensations douloureuses s'atténuent, l'état général s'améliore.

La formule sanguine s'est modifiée :

Polynucléaires neutrophiles	43 %
Polynucléaires acidophiles	11 —

Grands mononucléaires	5 %
Moyens mononucléaires	40 —
Lymphocytes	2 —
Réserve alcaline : 50 vol.	
25 mai. — Guérison totale. La malade sort de l'hôpital.	
Formule :	
Polynucléaires neutrophiles	55,93 %
Polynucléaires éosinophiles	14,14 —
Grands mononucléaires	2,37 —
Moyens mononucléaires	18,11 —
Lymphocytes	9,45 —
Réserve alcaline : 53 vol. 24.	

OBS. 49. — Mme Geo..., 48 ans. 19 janvier.

Dermite récidivante de Brocq.

Les poussées surviennent tous les deux jours. Le prurit est intense. L'état général mauvais. Inappétence, céphalées, insomnie. L'examen du sang montre une éosinophilie qui atteint 40 %. Tous les traitements mis en œuvre (arsénicaux, etc.) n'ont amené aucune amélioration.

Réserve alcaline : 44 vol. 2.

Prescription : bicarbonate de sodium, 5 gr. par jour. Régime végétarien.

8 février. — Amélioration de l'état général. Amélioration de la dermatose. Il s'est produit depuis 8 jours seulement deux poussées de papules.

Réserve alcaline : 47 vol. 40.

26 février. — Les poussées disparaissent. L'amélioration s'affirme.

Réserve alcaline : 57 vol. 70.

Eosinophilie : 4 %.

OBS. 50. — Mme Bon... 11 mars 1931.

Dermite polymorphe récidivante atypique. Caractérisée par des poussées papuleuses localisées aux mains.

Réserve alcaline : 43 vol. 76.

Traitement : bicarbonate de sodium, 3 gr. par jour.

La malade n'a pas été revue.

OBS. 51. — Mme Paith..., 24 ans. 20 mars 1932.

Herpès gestationis. Le début de la grossesse remonte à cinq mois.

Réserve alcaline : 41 vol. 32.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	58 %
Grands mononucléaires	3 —
Moyens mononucléaires	29 —
Lymphocytes	2 —
Polynucléaires éosinophiles	8 —

Régime végétarien.

Traitement : bicarbonate de sodium, 3 gr. par jour.

30 mars. — La malade revient légèrement améliorée. Elle a pris du bicarbonate de sodium pendant six jours. Elle l'a supprimé ensuite à cause d'une constipation marquée.

Le prurit a diminué. Il y a eu une nouvelle poussée vésiculeuse moins intense cependant qu'au début de la dermatose.

Réserve alcaline : 46 vol. 28.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	64 %
Grands mononucléaires	6 —
Moyens mononucléaires	10 —
Lymphocytes	18 —
Polynucléaires éosinophiles	2 —

Prescription : bicarbonate de sodium associé au citrate de sodium (5 gr. de bicarbonate, 2 gr. de citrate par jour).

13 avril. — Disparition totale du prurit. Il n'y a pas eu de nouvelles poussées depuis le début d'avril.

Réserve alcaline : 53 vol. 76.

Le traitement est suspendu.

2 mai. — La malade revient. Elle a introduit dans son ré-

gime des salaisons. De nouveaux éléments papulo-vésiculeux sont apparus. Le prurit est assez intense.

Réserve alcaline : 49 volumes.

Reprise du traitement bicarbonaté, citraté.

29 mai. — Disparition totale du prurit. Amélioration des lésions. Il ne reste que quelques éléments en voie de guérison.

Réserve alcaline : 56 volumes.

OBS. 52. — Enfant L.... F..., 12 ans. 14 mars 1932.

Acrodermatite herpétiforme. Dans le sillon onguéal de l'index, du médus et de l'annulaire droits sont apparus des pustules plates qui se sont ouvertes. A la main gauche, à la suite de plusieurs poussées semblables, l'ongle du médus est tombé : le lit onguéal est couvert de pustules confluentes qui contiennent une sérosité légèrement louche.

Le début remonte à quelques mois.

L'examen de l'enfant révèle un état général médiocre. Inappétence, constipation, insomnie, céphalée, inaptitude au travail scolaire. Le foie est gros et sensible à la percussion.

Examen du sang : La formule leucocytaire révèle une éosinophilie à 12 %.

Réserve alcaline : 39 vol. 4.

Prescription : Traitement local, crème simple.

Traitement interne : Régime végétarien avec viande grillée au repas de midi. Solution de Bourget, 30 gr. midi et soir avant le repas.

Cet enfant n'a pas été revu, mais on a fait savoir que les poussées se sont espacées ; les pustules ne se sont plus reproduites et la guérison a été obtenue au bout de deux mois.

OBS. 53. — M. Foug..., 26 ans. 22 février 1932.

Herpès récidivant des lèvres.

Les poussées herpétiques se succèdent environ tous les mois. Le début de la dermatose remonte à plusieurs années.

L'état général est bon.

Réserve alcaline : 69 vol. 56.

Prescription : Limonade phosphorique à 3 gr. d'acide par jour.

3 mars. — Le malade revient, présentant une amélioration marquée. Les vésicules se sont aplaties. Les lèvres sont moins cedématisées.

Réserve alcaline : 67 vol. 2.

Traitement : Substitution à la limonade phosphorique du phosoforme (100 gouttes deux fois par jour).

3 avril. — Cicatrisation complète de la dernière poussée. Il ne s'est pas encore reproduit de vésicules.

Réserve alcaline : 60 volumes.

Continuation du traitement avec diminution de la dose de phosoforme (50 gouttes deux fois par jour).

4 mai. — Le malade revient. Il s'est produit un seul bouquet de vésicules au niveau de la commissure des lèvres, à droite.

Réserve alcaline : 59 volumes.

Prescription : 100 gouttes de phosoforme deux fois par jour.

5 juin. — Le malade revient n'ayant pas eu de poussée depuis le mois de mai.

Réserve alcaline : 56 volumes.

OBS. 54. — M. Guign..., 30 ans. 2 mars 1932.

Herpès récidivant génital.

Les poussées herpétiques très fréquentes, précédées par une sensation de prurit et de cuisson très intense. Aucun traitement n'a donné jusqu'ici de résultat.

Réserve alcaline : 55 volumes.

La réserve alcaline étant normale, il n'a pas été fait de traitement interne.

OBS. 55. — M. Til..., 40 ans. 26 mars 1932.

Névrodermite de la face interne des cuisses, dont le début remonte à trois ans.

A la partie inférieure des placards, papules de lichen confluentes.

Le prurit est intense, le malade ne dort pas.

Réserve alcaline : 46 vol. 8.

Traitement local : pâte au coaltar.

Traitement général : Gardénal, 0 gr. 10 tous les soirs. Bicarbonate de sodium, 5 gr. par jour.

9 avril. — Amélioration de la lésion et disparition du prurit.

Le malade n'a plus d'insomnies.

Réserve alcaline : 53 vol. 96.

Suppression du bicarbonate.

5 mai. — Le malade n'a plus fait de traitement depuis quelques jours, le prurit a réapparu. Quelques papules de lichen ont également réapparu.

Réserve alcaline : 48 volumes.

Prescription : Bicarbonate de sodium, 5 gr. par jour.

5 juin. — Disparition du prurit. Amélioration de la lésion.

Réserve alcaline : 54 vol. 4.

Le malade n'a pas été revu depuis cette date.

OBS. 56. — Marcel Ad..., 30 ans. 30 janvier 1932.

Névrodermite de la face antéro-interne des cuisses.

A la partie inférieure, quelques papules de lichen, séparées par de la peau saine.

Le début de la dermatose remonte à deux ans.

Le prurit est très intense, déterminant de l'insomnie.

Les traitements prescrits n'ont pas amené d'amélioration.

Le dernier traitement suivi consiste en application de pâte au coaltar.

Réserve alcaline : 71 vol. 68.

Prescription : Traitement local : continuation de la pâte au coaltar.

Traitement interne : acide phosphorique, 3 gr. par jour dans une limonade.

20 février. — Amélioration très nette et surtout disparition du prurit.

Réserve alcaline : 60 vol. 48.

Prescription : Continuation du traitement.

15 mars. — Le prurit n'a pas reparu. La lésion s'améliore nettement.

Réserve alcaline : 57 volumes.

OBS. 57. — M. X..., 45 ans. 10 janvier 1932.

Névrodermite de la face interne des cuisses.

Le début remonte à plusieurs années.

Le prurit est intense, survient par crises assez rapprochées. Insomnies. Inappétence. Mauvais état général. Crises d'anxiété.

Réserve alcaline : 72 vol. 40.

Prescription : Limonade phosphorique (3 gr. d'acide par jour).

15 février. — Le prurit s'est beaucoup atténué. Le malade dort mieux. Amélioration des lésions.

Réserve alcaline : 68 volumes.

Prescription : Substitution du phosoforme (100 gouttes deux fois par jour) à la limonade phosphorique.

5 mars. — Tout prurit a disparu. La lésion s'améliore.

Réserve alcaline : 60 volumes.

Le malade n'a pas été revu.

OBS. 58. — Mme Rou..., 38 ans.

Dyshidrose. Eruption datant d'une semaine, constituée par de petites vésicules interdigitales siégeant sur la main gauche et gagnant la face dorsale et le poignet.

Examen général : ne révèle rien d'anormal.

Réserve alcaline^e : 44 vol. 8.

Prescription : Bicarbonate de soude : 0 gr. 50 par jour.

27 mai. — Les vésicules ont disparu. L'épiderme est rouge et légèrement sensible.

Réserve alcaline : 48 vol. 24.

6 juin. — Guérison complète.

Réserve alcaline : 52 vol. 48.

OBS. 59. — M. Brul..., 28 ans. 10 mai 1931.

Prurigo. Démangeaisons très intenses aux bras, aux jambes, sur l'abdomen et au niveau du cou. Le grattage détermine l'apparition d'éléments urticariens à la suite desquels restent des papules de prurigo. Des poussées prurigineuses sont assez fréquentes. Malgré différents traitements le malade n'a jamais été amélioré.

L'examen du malade révèle les symptômes suivants : Inappétence, insomnie, légère constipation. Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt. L'urine ne renferme ni sucre, ni albumine.

Réserve alcaline : 45 vol. 04.

pH sanguin : 7,24.

Prescription : Régime végétarien. Bicarbonate de sodium, 5 gr. par jour.

24 mai. — Amélioration très nette. Disparition à peu près complète du prurit. Quelques papules de prurigo persistent. L'état général est meilleur. L'appétit revient.

Réserve alcaline : 51 vol. 60.

On continue le bicarbonate de sodium à la dose de 2 gr. par jour.

2 juin. — Les papules de prurigo ont disparu. Le prurit n'existe plus. L'état général continue à s'améliorer.

Réserve alcaline : 54 vol. 5.

Le traitement alcalin est suspendu.

OBS. 60. — Mme Lor..., 28 ans. 3 mars 1932.

Prurigo. Papules de prurigo généralisées. Les poussées sont fréquentes et le prurit intense.

Réserve alcaline : 69 vol. 44.

Prescription : Limonade phosphorique (3 gr. d'acide par jour).

19 mai. — Les pousées se sont espacées. Le prurit a beaucoup diminué.

Réserve alcaline : 59 vol. 40.

La malade n'a pas été revue.

OBS. 61. — M. Grim..., 75 ans. 20 mars 1931.

Prurit sénile dont l'apparition remonte à cinq mois. Papules de prurigo disséminées sur le corps.

Réserve alcaline : 44 vol. 8.

Traitement : bicarbonate de sodium, 2 gr. par jour.

30 avril. — Amélioration à peu près nulle.

Réserve alcaline : 46 vol. 8.

Continuation du bicarbonate à la dose de 5 gr. par jour.

9 mai. — Le prurit persiste.

Réserve alcaline : 50 volumes.

On continue le bicarbonate de sodium à la dose de 2 grammes par jour.

9 juin. — Le prurit persiste.

Réserve alcaline : 54 vol. 96.

OBS. 62. — M. Grin..., 70 ans. 30 mars 1932.

Prurit sénile. Papules de prurigo disséminées sur le tronc.

Réserve alcaline : 51 vol. 52.

Traitement : bicarbonate de sodium, 3 gr. par jour.

20 avril. — Légère amélioration.

Réserve alcaline : 54 volumes.

Courant de mai. — Le malade est revu : le prurit est resté sensiblement le même.

AFFECTIONS	EN ACIDOSE		EN ALCALOSE		NORMAUX	
Eczéma	17 cas	Obs. 1 à 17	7 cas	Obs. 20 à 26	2 cas	Obs. 18-19
Ulcère variqueux avec dermite eczématisée...	4 cas	Obs. 27 à 30	1 cas	Obs. 31	3 cas	Obs. 32 à 34
Psoriasis eczématisé.....	1 cas	Obs. 35	0 cas		0 cas	
Psoriasis	3 cas	Obs. 36 à 38	1 cas	Obs. 44	5 cas	Obs. 39 à 43
Ulcère variqueux.....	3 cas	Obs. 45 à 47	0 cas		0 cas	
Dermite récidivante de Brocq	2 cas	Obs. 48-49	0 cas		0 cas	
Dermite récidivante aty- pique	1 cas	Obs. 50	0 cas		0 cas	
Herpès gestationis.....	1 cas	Obs. 51	0 cas		0 cas	
Acrodermatite	1 cas	Obs. 52	0 cas		0 cas	
Herpès	0 cas		1 cas	Obs. 53	1 cas	Obs. 54
Névrodermite	1 cas	Obs. 55	2 cas	Obs. 56-57	0 cas	
Dyshydrose	1 cas	Obs. 58	0 cas		0 cas	
Prurigo	1 cas	Obs. 59	1 cas	Obs. 60	0 cas	
Prurit sénile.....	2 cas	Obs. 61-62	0 cas		0 cas	

Discussion des observations

Sur 62 malades étudiés, 41 atteints de dermatose variées (eczéma, maladie de Durhing, herpès, ulcères variqueux, psoriasis, prurigo, prurit sénile) ont présenté un déséquilibre acido-basique marqué.

Au cours de l'eczéma, nous trouvons ce déséquilibre d'une façon à peu près régulièrement constante : sur 35 eczémateux, 5 seulement ont une réserve alcaline normale.

Au cours de la dermatite de Brocq, à laquelle nous assimilons le seul cas d'acro-dermatite herpétiforme que nous ayons observé, le déséquilibre s'est toujours manifesté, les 5 malades que nous avons étudiés présentaient tous une réserve alcaline très modifiée.

Au cours du prurigo, le déséquilibre semble également constant.

Dans les ulcères variqueux il n'y a pas de déséquilibre régulièrement observé, sauf dans les cas d'ulcère qui se complique de dermite avec eczématisation secondaire ; il s'agit alors d'un déséquilibre en rapport non pas avec l'ulcère, mais avec l'eczéma.

Dans le psoriasis, nos résultats diffèrent des résultats antérieurement publiés, en ce sens que nous avons trouvé le plus souvent un équilibre acido-basique normal chez nos psoriasis : sur 9 malades, 2 seulement présentaient une modification de l'acidité humorale. Quoi qu'il en soit, la plupart de nos malades atteints

de dermatose ont présenté une rupture de l'équilibre acido-basique.

Cette modification humorale est surtout marquée, comme le font très justement remarquer SPILLMANN et VERAÏN, au cours des dermatoses avec exosérose. Nos observations nous permettent de confirmer ces vues, nous pourrions presque affirmer, mais notre étude est trop courte, pour que cette affirmation ait pleine valeur, que surtout les dermatoses avec exosérose sont accompagnées de troubles de l'équilibre acido-basique ; ces dermatoses sont d'ailleurs presque les seules à bénéficier du traitement. Dans nos observations, toutes les dermatoses avec exosérose sont accompagnées d'acidose ou d'alcalose, c'est ainsi que la rupture de l'équilibre acido-basique a été constatée régulièrement aussi bien dans les dermatites polymorphes que dans les eczémas, alors que, dans les dermatoses ne se traduisant pas par de l'exosérose, le pourcentage des sujets normaux s'est beaucoup élevé, en particulier dans le psoriasis. Il semble, qu'à la rupture de l'équilibre humoral correspondent immédiatement l'apparition des bulles de la dermatite ou des vésicules d'eczéma chez les sujets prédisposés. Quelques-unes de nos observations sont particulièrement probantes à cet égard. Nous avons recherché chez plusieurs sujets atteints d'ulcères variqueux le taux de la réserve alcaline et nous l'avons généralement trouvé normal, sauf toutefois chez les sujets présentant autour de l'ulcère une zone de dermatite eczématisée ; chez ces malades, un traitement approprié a toujours amené l'amélioration et même la guérison de la lésion eczématisée sans qu'aucun changement ne survienne dans l'état de l'ulcère.

Au cours d'un psoriasis chez un malade qui présentait une réserve alcaline normale (observation n° 35) au moment où est apparu une poussée d'eczéma suintant, nous avons observé la chute de la réserve alcaline, celle-ci qui était à 54 vol. 70, est tombée brusquement à 43 vol. Le traitement alcalin institué a amené la guérison de la poussée eczématisque, le psoriasis est resté tel qu'il était avant le début du traitement, son évolution n'a pas été influencée par celui-ci.

Le déséquilibre que nous avons observé s'est manifesté plus fréquemment, chez nos malades, vers l'acidose que vers l'alcalose, sur 30 eczémas nous observons : 23 acidoses, 7 alcaloses.

Ces résultats concordent avec ceux qu'ont obtenus la plupart des auteurs. En 1925-27, DROUET et VERAÏN trouvent en effet la majorité de leurs eczémas en acidose. PRIÉNINGER obtient également une très forte majorité d'acidose chez ses eczémateux. Les résultats publiés par CERCHIAI montrent que cet auteur trouve, lui aussi, une acidose légère mais constante au cours de l'eczéma. Cependant, en 1929, SPILLMANN, DROUET et VERAÏN trouvent chez leurs malades eczématisques, 15 cas d'acidose et 15 cas d'alcalose, un pourcentage égal d'acidose et d'alcalose ; et, dans leurs dernières observations, ces auteurs, contrairement à leurs résultats primitifs, trouvent une prédominance nette de l'alcalose sur l'acidose ; ils donnent les chiffres suivants : 73 % d'alcalose, 22 % d'acidose au cours de l'eczéma.

Sur 3 cas de dermatite de Brocq que nous avons observés, le déséquilibre s'est manifesté 3 fois dans le sens de l'acidose.

Sur 10 cas de psoriasis, nous avons trouvé : 5 sujets normaux, 1 sujet alcalosique, 4 sujets acidosiques.

Dans le prurigo, nous avons trouvé un pourcentage égal d'acidose et d'alcalose.

Dans le prurit sénile, nous avons trouvé 2 fois un déséquilibre en faveur de l'acidose. Il y a donc chez nos malades un pourcentage très élevé de sujets acidosiques. Nous pensons que la prédominance d'acidose que nous avons constatée est due à ce que nous avons étudié chez nos malades les modifications de la réserve alcaline et non celle du pH. Le moindre abaissement de la réserve alcaline classe immédiatement un malade dans l'acidose alors que son pH encore normal fait considérer que son équilibre acido-basique n'est pas encore troublé. Il est vraisemblable que cette différence de technique soit responsable des différences qui existent entre nos résultats et les derniers publiés par SPILLMANN, DROUET et VERAÏN.

Le degré de déséquilibre est extrêmement variable ; nos résultats concordent en cela avec ceux de SPILLMANN et nous n'avons trouvé aucune relation entre l'importance de l'acidose et de l'alcalose et l'importance, la gravité, de la dermatose. Dans un eczéma érysipélateux, nous trouvons une très forte acidose, 35 vol., alors que dans une dermatite polymorphe de Brocq avec éruption papulo-vésiculeuse généralisée, nous trouvons une chute de la réserve beaucoup moins importante ; par exemple, dans l'observation 48, la réserve alcaline n'était tombée qu'à 47 v. 28.

Chez une malade présentant un placard de dermite eczématisée entraînant un ulcère variqueux (observation 27), nous trouvons une réserve tombée à

43 v. 76, alors qu'une autre malade présentant de larges placards d'eczéma s'étendant des organes génitaux à la face interne des cuisses, avait une réserve alcaline qui s'était maintenue à 50 v. 96 (observation 13).

Une réserve peu modifiée peut accompagner une dermatose étendue et grave, une réserve très modifiée peut au contraire accompagner une dermatose très localisée, chez un individu dont l'état général n'a pas été touché. Etant donné que l'importance des troubles acido-basiques est tout à fait indépendante de la gravité de la dermatose, on peut se demander s'il y a bien entre ces modifications cutanées et les modifications humorales une étroite relation. Nous pensons pouvoir répondre par l'affirmative, car si nous avons observé, sur 62 cas étudiés, 11 sujets en équilibre normal, nous avons trouvé chez 51 malades, une perturbation de l'acidité ionique humorale. Bien plus importante encore, en faveur de la relation certaine qui existe entre le trouble chimique et le trouble cutané, est l'évolution de la dermatose suivant les modifications de la concentration des bicarbonates dans le sang. Le plus fréquemment, le retour à la normale de la réserve alcaline, accompagne une amélioration certaine, sinon la guérison complète. C'est ainsi qu'un eczéma érysipélateux (observation 1), présentant une forte acidose (réserve alcaline 35 v. 84), a guéri sous l'influence d'un régime approprié et d'un traitement par le bicarbonate de sodium. Or, la guérison a coïncidé avec le retour de la réserve alcaline à la normale. Sans doute il est de règle que les eczémas érysipélateux guérissent parfois sans même qu'aucun traitement soit institué; mais ce qui, dans notre observation, nous paraît particulièrement intéressant, c'est que cette malade

qui, avant son traitement, subissait des poussées périodiques et rapprochées d'eczéma érysipélateoïde, est restée cinq mois sans aucun traitement, et pendant ces 5 mois, des dosages successifs de sa réserve alcaline ont montré que cette dernière se maintenait entre 50 et 55 vol., c'est-à-dire restait normale.

Le retour à la normale de la réserve alcaline sous l'influence du traitement, retour coïncidant avec la guérison de la dermatose, est la règle ; et ce qui montre bien qu'il n'y a pas là aucune coïncidence, c'est qu'après la guérison, une nouvelle atteinte correspond à une nouvelle modification du taux de la réserve. L'observation 26 montre qu'une malade en forte alcalose (72 v.) a vu une lésion ancienne d'eczéma trichophytoïde guérie sous l'influence exclusive d'une médication acide. La guérison de sa lésion a coïncidé avec le retour de la réserve à un taux normal (56 v.). Après quelque temps passé sans traitement, la lésion est de nouveau réapparue, un dosage fait à ce moment a montré que la réserve alcaline ne s'était pas maintenue à la normale, était remontée, et que l'alcalose était de nouveau marquée (R. A. 64 v.). Un nouveau traitement acide a amené la rétrocession des lésions, la baisse de la réserve alcaline. Quelques mois ont passé, et la malade s'est présentée à la consultation avec une nouvelle poussée d'eczéma trichophytoïde, et qu'un dosage de la réserve a montré lié à une nouvelle poussée d'alcalose. La réserve était remontée à 64 vol., un nouveau traitement acide a amené la guérison en même temps que le retour à la normale de la concentration des bicarbonates. Ceci montre bien que l'instabilité humorale est liée intimement à ce que nous pourrions appeler l'instabilité cutanée. Un malade

dont la réserve alcaline reste à la normale après avoir présenté une modification cutanée, est généralement guéri de sa dermatose.

Il y a cependant certains cas dans lesquels un retour à la normale de la réserve alcaline, n'est pas accompagné de la guérison ; c'est qu'alors il s'agit de dermatose dont la cause n'est évidemment pas liée à la rupture de l'équilibre acide-base. La cause est à rechercher dans un trouble différent. Il est possible qu'un sujet acidotique ou alcalotique fasse une dermatose dont la cause n'est pas en rapport direct avec la rupture de son équilibre acide-base. Le rapport entre le déséquilibre acide-base, et l'apparition, l'évolution de certaines dermatoses, étant, nous le pensons, établi, quelles sont d'abord les causes de ces troubles acidobasiques, comment entraînent-ils la production de la dermatose ?

L'acidose, actuellement bien étudiée, est reliée à deux ordres de faits :

1° Une diminution des bicarbonates (acidose non gazeuse) ;

2° Une augmentation de CO_2 (acidose gazeuse).

L'acidose que nous avons constatée chez nos malades n'est pas une acidose gazeuse, il s'agit évidemment d'acidose non gazeuse due à la diminution des bicarbonates par suite de la rétention dans l'organisme d'un excès d'acide ou par suite de la présence anormale d'acides. SPILLMANN, DROUET et VÉRAIN émettent l'hypothèse de la rétention de l'ion chlore qui déterminerait, comme l'ont montré les travaux d'AMBARD et de ses collaborateurs, une acidose comparable à celle qui se produit au cours des néphrites. SPILLMANN, VÉRAIN et DROUET invoquent en faveur de cette hypo-

thèse le succès obtenu dans certaines dermatoses par la prescription d'un régime déchloruré.

Cette hypothèse séduisante mériterait d'être confirmée. Nous n'avons pas fait suffisamment de recherches chez nos malades pour pouvoir nous prononcer, il nous semble cependant, que les malades que nous avons étudiés ont présenté des troubles d'un autre ordre. L'excès d'acide peut être dû à un trouble du métabolisme, peut-être sous la dépendance d'une insuffisance hépatique.

L'insuffisance hépatique a été souvent invoquée et souvent indiquée comme cause de certaines dermatoses, il nous semble que cette manière de voir tient confirmation dans les travaux qui ont été faits sur les modifications acido-basiques du sang et que la plupart des acidoses déterminant l'apparition de dermatoses sont liées à une manifestation de l'insuffisance hépatique.

L'acidose peut être une acidose de choc.

SPILLMANN, DROUET et VERAÏN s'élèvent contre cette conception. Pour ces auteurs, le choc ne déterminerait pas l'acidose et par suite la dermatose, mais l'acidose déterminerait le choc et ensuite la dermatose. On ne peut pas dire que le choc détermine systématiquement l'acidose et qu'il dépend de l'état acido-basique antérieur.

L'acidose enfin peut être due à un excès d'acide en rapport avec des troubles du métabolisme, peut-être sous la dépendance d'une insuffisance hépatique. L'insuffisance hépatique modifie plus ou moins la réserve alcaline. Traduisant un trouble plus ou moins important, le déséquilibre acido-basique prend sa place à côté des troubles divers qui constituent le terrain spé-

cial et que l'on retrouve presque infailliblement à l'origine de toutes les dermatoses.

SPILLMANN, DROUET et VERAÏN classent ces différents troubles en trois catégories :

1° LES PERTURBATIONS ENDOCRINIENNES :

Particulièrement étudiées par SPILLMANN, CARILLON et WINSTEL. Ces auteurs se sont attachés à montrer la réalité et l'importance de certains troubles endocriniens au cours des dermatoses, en particulier des troubles thyroïdiens, hypophysaires, génitaux, et, à l'appui de cette conception, ils apportent des résultats très favorables que leur a donné l'endocrinothérapie.

2° TROUBLES VAGO-SYMPATHIQUES :

Jouent un rôle dans l'apparition des lésions cutanées. Nous avons précédemment signalé le rôle du déséquilibre vago-sympathique chez nos malades alcalosiques.

3° TROUBLES RÉNAUX ET HÉPATIQUES :

Les perturbations causées par l'insuffisance rénale déterminent, comme on le sait, des lésions cutanées, en particulier chez le vieillard. L'insuffisance fonctionnelle des reins joue peut-être, ainsi que l'ont fait remarquer SPILLMANN, DROUET et VERAÏN, un rôle plus important qu'on ne pense, à l'apparition des dermatoses, étant donné le rôle primordial que joue le rein dans le maintien de l'équilibre acido-basique. En effet, dans l'organisme, après la désamination, il se forme des acides de la série cétonique. Or, la cellule hépatique joue un rôle important, non seulement dans la formation des dérivés cétoniques, mais aussi dans leur combustion. Un trouble du métabolisme hépa-

tique entraîne donc une destruction incomplète des corps cétoniques et par suite une acidose.

Le Professeur Marcel LABBÉ a rapporté plusieurs observations dans lesquelles un syndrome d'intoxication acidotique avec acétonurie et diacéturie était dû à une dégénérescence graisseuse du foie.

Certains auteurs, EDSALL en particulier, ont posé que la dégénérescence du foie serait non la cause, mais la conséquence de l'acidose. Marcel LABBÉ et NEPVEUX ont réfuté cette conception ; ils ont montré combien dans le coma diabétique les lésions du foie sont inconstantes. Ces auteurs émettent l'avis très net que les troubles fonctionnels du foie sont la cause du défaut de combustion des corps cétoniques et de l'acidose.

Sans doute, il faut reconnaître que l'insuffisance hépatique évolue souvent sans acidose et qu'au cours de ce syndrome l'abaissement de la réserve alcaline se trouve limité par la formation d'ammoniaque au niveau du parenchyme rénal. Cependant la plupart de nos malades acidotiques présentaient des signes nets de l'insuffisance hépatique avec asthénie, amaigrissement, inappétence, constipation, céphalalgies et insomnies. D'ailleurs, les résultats obtenus par le simple régime et la solution de Bourget, plaident également en faveur de l'origine hépatique des troubles cutanés.

L'alcalose est, ainsi que l'acidose, liée à deux ordres de faits :

- 1° L'augmentation du taux des bicarbonates sanguins (alcalose non gazeuse) ;
- 2° La diminution du CO^2 (alcalose gazeuse).

De même que pour l'acidose, il ne peut évidemment pas, dans notre cas, s'agir d'alcalose gazeuse, il s'agit

certainement d'alcalose non gazeuse liée à l'augmentation des bicarbonates.

Cette augmentation peut être due :

1° A l'introduction d'un excès de bases dans l'organisme ;

2° A l'insuffisance de l'élimination des bases ;

3° A l'élimination exagérée des acides.

La première et la dernière hypothèse n'ont pas grand intérêt dans les dermatoses ; peut-être pourrait-on cependant retenir, comme le fait SPILLMANN, l'introduction d'un excès de base en rapport avec une notable absorption de certains médicaments (bicarbonate, etc...), soit avec l'abus du régime végétal. Cette éventualité ne s'est présentée pour nous. Les malades que nous avons vus ne suivant aucun traitement alcalin, et le régime étant plutôt uniquement carné.

Très importants sont les rapports entre la vagotonie et l'alcalose, établis par LAIGNEL-LAVASTINE ; nos malades alcalosiques, dont trois au moins étaient des anxieux, ont présenté des troubles vagotoniques plus ou moins marqués. L'alcalose constatée chez nos malades était vraisemblablement liée à des troubles vago-sympathiques.

Comment cette acidose ou cette alcalose détermine-t-elle l'apparition de la dermatose ?

Le trouble humoral est la traduction de quelques-une des causes pathogènes multiples difficiles à dé mêler, « qui tiennent à l'individu lui-même, qui varient suivant les individualités et qui se traduisent par des symptômes dont l'aspect dépend surtout de la manière dont chaque organisme réagit morbifiquement » (BROCQ).

Troubles hépatiques.

Souvent invoqués pour certaines dermatoses et dont nous venons d'essayer de démontrer toute l'importance au cours de certains eczémas et certaines dermatoses accompagnées d'acidose.

Troubles digestifs.

Troubles de la nutrition.

Le terrain apparaît donc comme très complexe, mais il est aisé de savoir quelle part importante vient prendre le déséquilibre humoral, traducteur des perturbations rénales ou hépatiques dans la pathogénie d'un grand nombre de réactions cutanées.

Traitement

Différents traitements ont été préconisés pour lutter contre l'acidose et contre l'alcalose. Dans l'acidose, le traitement le plus employé est le bicarbonate de sodium.

SPILLMANN, DROUET, l'emploient *per os* à la dose de :

20 grammes de bicarbonate de sodium,

10 grammes de citrate de sodium, par jour.

Cependant quand la cure doit se prolonger plusieurs semaines, ils diminuent la dose de moitié.

En injections intraveineuses, ces auteurs recommandent : le borate de sodium à 4,5 %, 10 à 20 cc. tous les deux jours.

Le formiate de sodium : solution à 20 %, 10 à 20 cc. Cependant ce sel peut donner des résultats contradictoires.

Injecté tous les jours, l'acide formique libéré, ne pouvant s'éliminer, détermine de l'acidose. Injecté à plusieurs jours d'intervalle, l'acide formique libéré s'élimine, il reste le bicarbonate de sodium qui manifeste alors son action alcalinisante.

L'hyposulfite de sodium, préconisé par RAVAUT dans le but de désensibiliser et « de faire disparaître les lésions en rapport avec les modifications humorales », peut être utilement employé soit en injection intraveineuse (solution à 20 %), soit *per os* en cachets de 1 gramme d'hyposulfite.

Chez nos malades, nous avons toujours prescrit et employé avec succès le bicarbonate de sodium.

Son emploi *per os*, est un traitement si facilement accepté, et mis en œuvre, il donne de plus des résultats si constants et si parfaits que nous n'avons pas jugé utile de recourir à d'autres substances médicamenteuses.

Nous l'avons employé soit en cachets à la dose de 3 à 5 gr. par jour, soit sous forme de solution de BOURGET dans laquelle au lieu de 2 gr. de bicarbonate, nous prescrivons 5 grammes de bicarbonate.

A cette médication, nous avons toujours eu soin d'ajouter un régime strict en notifiant la nécessité de le suivre strictement.

Nous basant sur le fait que nos malades étaient des insuffisants hépatiques, à la solution de Bourget nous avons ajouté un régime végétarien avec surtout, légumes verts, fruits cuits, laitages, pâtes alimentaires.

Suppression des œufs et des farineux.

Suppression de la viande. Parfois cependant, la viande a été maintenue à un seul repas sous forme de grillades, ou de viandes bien cuites et sans sauce.

Cette association de régime et de la solution de Bourget, ou des cachets de bicarbonate, nous a toujours donné d'excellents résultats. En quelques semaines, des acidoses importantes ont été compensées.

Nous avons jugé prudent, une fois la dermatose guérie, de maintenir un régime élargi, et de prescrire une cure de solution de Bourget tous les mois ou tous les trois mois.

Au bout de très peu de temps l'action d'un traitement alcalin se fait sentir ; chez les eczématisques, avec eczéma suintant et prurit, au bout d'une dizaine de

jours, le prurit s'atténue, le suintement se tarit, l'évolution se fait vers la cicatrisation des lésions. La guérison survient généralement en trois semaines à un mois.

Le régime associé au traitement bicarbonaté amène une amélioration très rapide des dermatoses avec exosérose. Cette amélioration rapide permet dès le début du traitement de savoir si la dermatose guérira ou ne sera pas influencée. Elle nous a semblé toujours beaucoup plus rapide que celle obtenue dans les dermatoses alcalines avec le traitement acide.

Dans la plupart de nos cas, en 10 à 15 jours, l'amélioration s'est manifestée et la réserve alcaline est remontée déjà de plusieurs unités. La guérison a été plus ou moins longue à obtenir suivant que la dermatose était plus ou moins étendue, plus ou moins rebelle, mais elle a d'une façon générale été obtenue en un ou deux mois au plus.

La première manifestation du traitement est presque toujours la disparition du prurit. Cette action sur le prurit nous avait semblé si constante que nous avons eu l'idée d'appliquer ce traitement au prurit sénile. Le résultat n'a pas concordé avec nos prévisions.

Dans le prurit sénile accompagné d'acidose avec abaissement de la réserve alcaline à 51 vol. et à 50, nous avons utilisé le traitement bicarbonaté et le régime végétarien. Le résultat a été à peu près nul ; dans un seul cas, il a semblé que le malade était un peu amélioré.

Dans les dermatoses sans exosérose, les résultats ont été bons dans les névrodermites. Le traitement ici a agi comme dans les cas précédents : sa première

manifestation a été la diminution du prurit. Cette diminution du prurit est survenue après treize jours de traitement et de régime. Dans les cas de névrodermite avec alcalose, nous verrons que le traitement acide, s'il a agi, a agi plus tardivement.

Dans les autres dermatoses, en particulier le psoriasis, nos résultats sont nettement moins bons. Nous avons même plus d'échecs que de succès.

Dans l'alcalose, les traitements préconisés sont :

L'acide phosphorique, sous forme de limonade, avec 3 à 6 grammes d'acide par jour. Cette médication est facile à instituer et ne présente aucun inconvénient. En cas de régurgitations acides, ou de diarrhée, la diminution de la dose journalière suffit à faire disparaître les troubles déterminés par l'absorption de l'acide.

Le chlorure de calcium est également préconisé. Il peut être utilisé en injections intraveineuses tous les deux jours à la dose de 10 à 15 cc. d'une solution à 10 %.

Le chlorure de sodium a été utilisé avec succès par SPILLMANN, DROUET et VERAÏN dans un cas de psoriasis datant de dix ans. Ces auteurs, se basant sur l'action de l'ion Cl dans le mécanisme de l'acidose, ont fait chez leurs malades alcalosiques des injections de chlorure de sodium à 10 % à la dose de 10 cc. tous les jours. Dix à quinze injections suffiraient pour ramener le pH et la réserve à un taux normal.

Le bromure de sodium employé avec succès dans certaines dermatoses (SÉZARY), s'utilise en injections intraveineuses tous les deux jours, à la dose de 5 à 10 cc. d'une solution à 10 % dans du sérum physiologique.

Le sulfate de magnésie peut être utilisé en injections intraveineuses ou intramusculaires ; 10 à 15 cc. d'une solution à 20 ou 25 %. Son action acidifiante est manifeste.

A tous ces médicaments peut s'associer comme précédemment dans le cas de l'acidose, le régime alimentaire.

Ce régime doit être un régime cétogène avec viande et corps gras.

Il est bien évident que lorsque l'alcalose est due à un régime mal compris, à l'abus des alcalins, la modification du régime, la suppression du bicarbonate et des alcalins est la première chose à tenter avant toute autre médication.

Chez nos malades nous avons exclusivement employé l'acide phosphorique, soit sous forme de potion de Joulie avec 5 gr. de PO_4H^3 par jour, soit sous forme de phosoforme, 100 gouttes par jour, lorsque le traitement n'a pas été de longue durée. Lorsque l'amélioration a été tardive, nous avons diminué la dose à 50 gouttes par jour.

D'une façon générale, la potion de Joulie a donné d'excellents résultats, mais les effets de la médication acide sont moins nets et plus lents à se faire sentir que ceux de la médication alcaline dans les cas d'acidose. Dans l'alcalose, l'amélioration n'apparaît généralement qu'après trois semaines à un mois. Une de ses premières manifestations est, comme précédemment, la disparition ou la diminution du prurit.

Si l'amélioration a été plus longue à obtenir que dans les cas d'acidose, cette médication ne nous a pour ainsi dire pas donné d'échec. Dans l'eczéma, sur sept malades alcalosiques à qui nous avons prescrit la po-

tion de Joulie ou du phosoforme, nous avons obtenu sept guérisons coïncidant avec le rabais de la réserve à la normale.

Chez nos psoriasiques, un seul a été en alcalose (observation n° 44). Le traitement acide a donné un bon résultat et a amené la guérison en quelques mois, alors que le début de la lésion remontait à un an. Des névro-dermites accompagnées d'alcalose ont également été très améliorées par le traitement acide.

Conclusions

Les observations que nous avons pu recueillir et que nous venons d'exposer nous permettent de conclure que :

I. — Dans un grand nombre de dermatoses existe un trouble dans l'équilibre acido-basique.

II. — Ce trouble existe plus particulièrement dans les dermatoses accompagnées d'exosérose telles que : l'eczéma, la maladie de Durhing, alors qu'il est plus rare dans les dermatoses que n'accompagne pas l'exosérose (psoriasis).

III. — Ce trouble humoral est très variable ; il peut se traduire, au cours d'une même dermatose, soit par l'acidose, soit par de l'alcalose.

Nous avons cependant remarqué une plus grande fréquence du déséquilibre en faveur de l'acidose.

IV. — Le degré de ce déséquilibre est très variable et ne présente aucun rapport avec l'intérêt de la dermatose.

Une dermatose grave peut s'accompagner d'une modification minime de la réserve alcaline, alors qu'une dermite localisée va de paire parfois avec une forte acidose, ou une alcalose intense.

V. — Il y a une relation étroite entre l'évolution de la dermatose et celle de la réserve alcaline.

L'amélioration et la guérison de la dermatose coïncident avec le retour à la normale de la réserve alcaline. Chez un malade guéri, un nouveau déséquilibre s'accompagne généralement d'une nouvelle poussée au niveau des téguments.

VI. — S'il existe un rapport étroit entre le déséquilibre acido-basique et la dermatose, ce trouble humoral n'est cependant pas la cause du trouble cutané, il n'est que le témoin secondaire d'un autre déséquilibre. Il traduit le plus souvent dans le cas d'acidose :

une insuffisance hépatique,

une insuffisance rénale ;

dans le cas d'alcalose :

un déséquilibre vago-sympathique.

VII. — La thérapeutique des dermatoses s'accompagnant d'un déséquilibre acido-basique est dictée par ce déséquilibre lui-même. Dans l'acidose, le bicarbonate de sodium associé au régime végétarien, tout en ramenant la réserve alcaline à la normale, entraîne la guérison.

Dans l'alcalose, l'acide phosphorique à dose de 3 à 6 gr. par jour, amène généralement la guérison en même temps que la réduction du taux des bicarbonates sanguins.

Vu :
LE DOYEN,
BALTHAZARD.

Vu :
LE PRÉSIDENT,
LEMIERRE.

Vu et permis d'imprimer
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

Bibliographie

1. AMBARD et SCHMIDT. — *La Revue Alcaline*. Douin, 1928.
2. BARADO. — Le traitement de l'eczéma par le bicarbonate de soude. *Ann. de Derm. et Syph.*, n° 1, janv. 1931.
3. BERTACCINI (G.). — L'équilibre acido-basique in dermatologia. (*Gazz. d. Osp.*, 15 sept. 1929.)
— Recherches sur l'équilibre acide-base et la R. A. dans quelques dermatoses. (*Giorn. Ital. di Derm. e Sifilol.*, fasc. 1^{er} févr. 1928.)
4. BRONZINI (M.). — Equilibrio acido-base e dermopatie. Influenza della autoemoterapia sulla riserva degli alcali ed il pH sanguigno. (*Studio clinico sperimentale*). *Rinasc. med.* 9 ; 125-127 mearch 1932.
5. CASTAIGNE et collaborateurs. — L'alcalose. (*Journal Méd. Français*, juillet 1930.)
6. CERCHIAI (M.). — Lo studio delle riserva alcalina del sangue in alcune malattie de la pelle. (*Giorn. Ital. Dermat. e Sifilol.*, déc. 1927.
7. CHEVREL (M.-L.). — La réserve alcaline et son intérêt clinique. (*Gaz. Méd. Bret.*, 5 déc. 1928, p. 751.)
8. DELAUNAY. — La réserve alcaline. (*Biologie Médicale*, 4, 8 et 9 oct. et nov. 1930.
9. DROUET et VERAÏN. — Equilibre acido-base et eczéma. (*Bull. Soc. Fr. de Derm. Nancy*, déc. 1925.)
10. FOERSTER (R.). — Zur frage der Beziehung zwischen alkali reserve und Dermatosen. (*Dermat. Ztsch.*, 61-143-158 june 1931.)
— Ueber das Säuren-Basengleichgewicht Bei Haut. Kra Kheiten Seine Bedeutung für die Praxis. (*Med. Welt.* 5, 587, 25 avril 1931.)
11. GHISLANZONI (G.). — La riserva alcalina delle dermatosi dei lambitu. (*Giorn. Ital. di Dermat. e Sifilol.*, 71; 58-70. oct. 1929.)
12. GOIFFOU. — Alcalose et diathèse alcaline. (*Presse Méd.*, 1^{er} sept. 1928, 1^{er} déc. 1928.)

13. GRAF (H.). — Acide base equilibrium in eczema. (*Arch. f. Dermatol. U. Syph.*, 1929, p. 768.)
14. LABBÉ et NEPVEUX. — *Alcalose et Acidose*. (Masson. 1928.)
15. LETULLE et DELAVILLE. — Equilibre acido-basique du sang. (*Presse Méd.*, 1^{er} févt. 1930.)
16. MARRAS (A.). — Delle principali prove biologiche sulla Gunzionalita dei sisterni endocrino e simpatico nelle malattie cutanée et celtiche (Métabolisme basale, reserva alcalina, pH, glicemia et curva glicemia). (*Gior. Ital. di Derm. e Sifil.*, Aug. 1931.)
17. MEINERL. — Regional differences in acid-base equilibrium of Human Skin. (*Dermo-Sifilolographo*, April 1929, p. 145.)
18. MORHARDT. — L'équilibre acide-base et le régime alimentaire. (*Presse Méd.*, 16 juillet 1930.)
19. OSTROUSKI. — Alkali reserve in patients with syphilis and with Skin tuberculosis and effect of vegetative nervous Sipteur ou it. (*Arch. F. Dermat. n. Syph.*, 154, 368-387, 1928.)
20. OTTENSTEIN. — Acide base equilibrium in eczema. (*Klin. Wochen.*, 9 avril 1929, page 704.)
21. PARAS (E.-N.). — Alkali reserve in lepiosity. (*Philippine p. sc.* June 1927.)
22. PISACANE. — Variasazoni della riserva alcalina del sangue in alcune malattie della pelle. (*Arch. Ital. di Dermat. e Sifil.*, sept. 1930.)
23. POPESCU (A.). — Alkali reserve in certain cases of dermatosis. (*Spitalul*, mai 1928, pp. 184-189.)
24. SAITORK (A.-R.), MEYER (J.), HUFFSCHMIT (A.) et BERKOVITS (A.). — Sur le déséquilibre acido-basique dans les affections cutanées. (*LX^e Congrès de l'Assoc. Fr. pour l'Avancement des Sc.*, Nancy, juillet 1931.)
25. SCHWATZ (H.-J.), FEVIN (O.-L.) et MAHUKEU (H.-C.). — The alkali reserve of the blood in varions diseases of the skin. (*F. cutan. dis. incl. Sphs. Chicago*, 1919, p. 575-579.)
26. SCHRENS (H.). — Dic. Behandlung der urtikaria mit alkali nebst Bernerkungen über den Säurebaseuhaus. Halt bei urticaria und anderen dermatozen. (*Dermat. Tzchr.*, 53, april 1928, p. 561-569.)

27. SPANKAR et FARKAS (L.). — Saure basengleichgewicht bei haut und geschlechtskrauken. (*Arch. f. Dermat. n. Syph.*, 1931.)
28. SPILLMANN (L.). — Importance de l'équilibre acido-basique en dermatologie. (*LV^e Congrès de l'Assoc. Fr. pour l'Avancement des Sciences*, Nancy, juillet 1931.)
29. — Importance de l'équilibre acido-basique en dermatologie. (*Revue Méd. de l'Est*, 1^{er} janv. 1932.)
30. SPILLMANN, DROUET et VERAÏN. — L'équilibre acido-basique en dermatologie. (*Annales de Dermatologie*, déc. 1929.)
31. — Dermatoses et alcalose. (*Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, n° 6, juin 1929.)
32. SPILLMANN. — Dermatoses et alcalose. (*Schweizer Medin. Wochensch.*, n° 47, page 1217.)
33. SPILLMANN, VERAÏN et WEISS. — Considération sur le déséquilibre acide-base dans quelques réactions cutanées. (*Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.*, n° 3, mars 1931, p. 364-376.)
34. — Modification thérapeutique du déséquilibre acide-base sanguin, leurs effets sur les dermatoses concomitantes. (*Soc. Biologie Nancy*, 20 févr. 1931.)
35. SPILLMANN. — Equilibre acido-basique et eczéma. (*Réunion Derm. de Nancy*, 27 juin 1931.)
36. SPILLMANN, VERAÏN et WEIS. — *Le pH en dermatologie*. (Masson, 1932.)
37. TETEAU (G.). — Equilibre acide-base et thérapeutique cutanée. (*Arch. Médico-Chirur. de Province*, n° 6, juin 1932.)
38. VONKENNEL. — Dec. praktische bedeutung des Säure Basengleichgewichts bei Haut Krankheiten; Vorläufige Mitteilung. (*Derm. Wochensch.* 87, déc. 1928, p. 1884-1888.)
39. VOUKERNUEL. — Alkali reserve practical signifiante in skin disease pieliminary report. (*Dermat Wochenschr.*, 8 déc. 1928, p. 1884.)

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	7
Historique	11
Technique	15
Observations	19
Discussion des observations.....	49
Traitement	61
Conclusions	67
Bibliographie	69

